

“La sédentarité des jeunes : évolution, conséquences, quelles solutions ?”

Dans le cadre des travaux du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, le SNICS a participé à une audition commune le 04 mars 2021 sur le thème de la sédentarité des jeunes : évolution et conséquences, quelles solutions? »

Elle s'est articulée autour des thématiques suivantes :

- La sédentarité des jeunes : quelle évolution, quels facteurs ? quelles conséquences ?
- L'activité physique des jeunes: quels leviers pour inverser la tendance?
- Quelles solutions concrètes pour donner une réelle place à la pratique sportive? Quelles expériences réussies pour être entendus des jeunes et des adultes

1. La sédentarité des jeunes : quelle évolution, quels facteurs, quelles conséquences ?

Constats, évolutions, facteurs et conséquences.

De nombreuses études montrent une augmentation préoccupante de la sédentarité des jeunes. Pour n'en citer que quelques-unes :

L'enquête Esteban (2014-2016, Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) qui montre une sédentarité élevée chez les adultes et les jeunes en France,

La Fédération Française de cardiologie qui montre qu'en 40 ans les jeunes ont perdu 25% de leurs capacités cardio-pulmonaires (seuls 10% ont conservé les mêmes capacités que leurs aînés),

Le panorama santé 2016 de l'OCDE qui montre que seuls 14% des garçons et 6% des filles pratiquent une activité quotidienne (la France se situe à l'avant dernière place de l'Union Européenne),

Le rapport de l'UNICEF de septembre 2020 qui place la France en 18^{ème} place concernant la santé physique.

En s'appuyant sur les données d'INCA3 (troisième étude sur les consommations et les habitudes alimentaires de la population française), l'Anses a souhaité évaluer les effets sanitaires de l'exposition des jeunes français à la sédentarité et aux faibles niveaux d'activité physique.

Ainsi, parmi les jeunes de 11 à 17 ans, 66 % présentent un risque sanitaire préoccupant, caractérisé par le dépassement simultané des deux seuils sanitaires (plus de 2 heures de temps écran et moins de 60 minutes d'activité physique par jour).

49 % présentent un risque sanitaire très élevé, caractérisé par des seuils plus sévères, soit plus de 4h30 de temps écran journalier et/ou moins de 20 minutes d'activité physique par jour. Parmi ceux-là, 17 % sont même particulièrement exposés, cumulant des niveaux très élevés de sédentarité (plus

de 4h30 d'écran par jour) et d'inactivité physique (moins de 20 minutes par jour).

Le niveau de sédentarité est plus élevé encore chez les adolescents les plus âgés (15-17 ans) et chez les jeunes issus des milieux les moins favorisés.

Ces données montrent qu'il s'agit là de toute évidence de sérieux enjeux sociétaux et de santé publique qui impactent de plus en plus fortement l'état de santé de la population, mais également le budget de la sécurité sociale (soutenabilité du système de solidarité). Et la crise sanitaire que nous traversons est venue accentuer cette problématique.

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

Cette crise sanitaire, le confinement subi durant de longues semaines, sont loin d'être anodins, ont eu et ont encore, des répercussions négatives de grande portée sur les jeunes. Impact sur leur santé, et donc sur leur réussite scolaire, des difficultés et troubles actuellement observés qui, s'ils s'installent,



entraîneront des problèmes sanitaires, à court, moyen et long terme. En effet, la jeunesse subit de plein fouet les conséquences des crises sanitaire, économique, sociale et environnementale que traverse notre société. Ces inquiétudes et traumatismes se répercutent inévitablement sur leur bien-être, sur leur santé psychique et physique, ce qui impacte ensuite leurs chances de réussite scolaire et creuse les inégalités.

Les infirmier.es de l'Education nationale sont des professionnel.les de santé de premier recours en poste dans les établissements scolaires qui ont pu, par leur mission d'accueil, d'écoute, de conseil et d'orientation, observer une augmentation significative des signes révélateurs d'une anxiété grandissante des jeunes qui viennent librement les consulter : verbalisation du mal être, asthénie, élèves passifs, difficultés de concentration, décrochage scolaire, troubles du sommeil, des rythmes de vie et de la socialisation, accentuation des troubles alimentaires, augmentation des conduites à risque, consommation excessive d'écrans, augmentation de la consommation de sucre, d'alcool, de psychotropes, signes d'irritation, agressivité, sentiment d'impuissance, harcèlement et cyber harcèlement et, pour certains, les violences subies chez eux.

Le SNEP-FSU-, Syndicat National de l'Education Physique de la Fédération Syndicale Unitaire— syndicat majoritaire des enseignant.es d'éducation physique et sportive, partage avec nos inquiétudes, il constate également une prise de masse grasseuse, une perte d'endurance...

La phase actuelle, avec l'empêchement des pratiques en milieu couvert pour l'EPS et l'empêchement des pratiques associatives du fait du couvre-feu à 18h, vient amplifier le phénomène.

Les enseignant.es d'EPS sont conscient.es de la nécessité de lutter contre la propagation du virus, mais aucune explication n'est donnée sur ce « coup d'arrêt », en pleine période hivernale. De nombreux cours sont annulés pour cause de neige, pluie, verglas... C'est bien la santé des élèves qui est mise en danger par ce « moins d'EPS », car les dégâts sur la santé physique et mentale des jeunes, pour cause de manque de pratique physique et sportive, sont avérés.

Comme le SNICS-FSU le pointe depuis un an, le contexte pandémique est particulièrement propice à l'augmentation des temps de sédentarité et tout particulièrement du « temps devant écran », avec le développement d'une offre numérique abondante et de nouvelles technologies incitant encore davantage à la sédentarité. Les effets du confinement ac-

centuent par ailleurs la tendance à l'inactivité physique et à la sédentarité, tendance déjà observée avant la pandémie avec une nette augmentation du temps passé devant écrans chez les jeunes.

La crise sanitaire est loin d'être terminée, l'État doit renforcer l'École, un des principaux lieux de vie de l'enfant, la santé et la réussite scolaire des élèves ne doivent pas être sacrifiées. L'intérêt général appelle à ne laisser aucun élève sans accueil, sans écoute, sans réponse lorsqu'on sait les conséquences déléteres que cela engendrera sur leur réussite scolaire mais également à l'échelle de leur vie. Les dommages collatéraux sont significatifs et multiples mais pas inéluctables ; sans action, ils entraîneront des conséquences en cascade qui entraveront l'avenir de ces jeunes.

Comme le souligne l'ANSES, les habitudes prises à l'adolescence tendent à s'installer, avec un impact sur la santé et la qualité de vie à l'âge adulte.

LES FACTEURS DE LA SÉDENTARITÉ

Les causes de la sédentarité sont multifactorielles, dont les loisirs « passifs » au premier rang desquels les écrans.

Le rôle des écrans (loisir, éducatif, travail, obligation administrative...) prend une part de plus en plus prégnante dans notre organisation sociale et ce dans l'ensemble de notre société. Cet engouement, ou développement massif et très rapide, à tort ou à raison, là n'est pas le sujet désarçonne beaucoup d'individus, d'éducateurs et d'institutions dont l'Education nationale notamment. Certaines préconisations sanitaires (arrivées tardivement) sont parfois perçues comme réactionnaires, alors que 63 % des 12-24 ans ne peuvent se passer 3 jours d'internet sans ressentir de manque (Co-Founder and Chief Operations Officer).

L'environnement ou l'accès aux équipements sportifs est également un des facteurs importants de la sédentarité. Nous ne pouvons que faire le constat d'un maillage territorial des infrastructures et des associations très inégal, en défaveur des territoires à faible densité et/ou de ceux acculant des populations à faibles revenus.

L'organisation globale du travail peut également être un frein lorsqu'elle vient empêcher les parents d'accompagner ou d'encourager le développement d'habitudes de pratique de leurs enfants.

Le niveau socioéconomique a également une forte influence sur le niveau d'activité physique pratiqué. Une prise de licence sportive coûte cher, avec des variations selon les

activités qui peuvent aussi être bloquantes pour que certains enfants pratiquent l'activité qu'ils souhaitent et qu'ils n'aient pas à en choisir une « par défaut », ce qui peut rendre la pratique dans la durée plus aléatoire.

D'après l'OMS : « Les enfants et les adolescents de familles à faibles revenus ou à faible niveau d'études apparaissent les plus touchés par des niveaux de sédentarité élevés (p.m. temps d'écran). Le niveau d'activité physique qui paraît plus faible chez les filles dans la tranche d'âge des 11-14 ans, requiert, a minima, la sensibilisation des parents et des personnels éducatifs afin de créer un environnement favorable à la pratique d'activité des jeunes adolescentes, et ce d'autant plus que cette tendance est connue à l'âge adulte.

Dans certains territoires ruraux et certains établissements scolaires, nous pouvons observer que le football occupe la majeure partie de l'espace « physique » et financier dédié à la pratique d'une activité physique. Sans remettre en cause l'intérêt de ce sport, il reste très masculin et très « physique », avec un esprit de concurrentiel très marqué, ce qui laisse bon nombre d'enfants et principalement les filles à l'écart de la possibilité d'avoir une pratique sportive.

LES CONSÉQUENCES DE LA SÉDENTARITÉ

Dans sa publication du 23/11/20, l'Anses présente une évaluation des risques sanitaires associés à la sédentarité et à l'inactivité physique des enfants et adolescents. Cette expertise montre que les deux tiers des 11-17 ans se situent à un niveau de risque élevé de surpoids et d'obésité, mais aussi à des troubles du comportement alimentaire ainsi qu'à une qualité du sommeil et de vie altérée.

Le SNICS-FSU estime important qu'une démarche de prévention de la sédentarité lie et étudie cette problématique en corrélation avec l'augmentation, elle aussi significative et inquiétante, de l'obésité en France. De fait, il y a une relation de cause à effet entre sédentarité et surpoids, et inversement : la sédentarité entraîne une augmentation de la masse grasseuse et les individus en surpoids mis en difficultés s'écartent de la pratique sportive, une sorte de cercle vicieux sur lequel il serait pertinent d'agir de façon concomitante.

DOSSIER

LA SÉDENTARITÉ DES JEUNES : ÉVOLUTION, CONSÉQUENCES, QUELLES SOLUTIONS ?

FOCUS OBÉSITÉ

En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix (source: OMS. 11 octobre 2017). L'obésité concerne aujourd'hui la quasi-totalité de la planète, dont de nombreux pays émergents. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 39% des adultes dans le monde sont en surpoids et 13% sont obèses. Les complications associées, en particulier le diabète de type 2 (44% des cas imputables au surpoids/obésité), les maladies cardiaques (23% des cas imputables) et les cancers (entre 7% et 41% des cas imputables au surpoids/obésité selon les localisations) entraînent le décès d'au moins 2,8 millions personnes chaque année. Ainsi, le surpoids et l'obésité sont reconnus comme la cinquième cause de mortalité par l'OMS.

En France, l'obésité concerne actuellement 17% des adultes et, chez les enfants, 16% des garçons et 18% des filles : des chiffres à peu près stables depuis une dizaine d'années. La prévalence de l'obésité a fortement progressé chez les enfants au cours des quinze dernières années. Le pourcentage d'enfant présentant un excès pondéral (situés au-dessus du 97ème percentile des courbes de corpulence françaises) est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980, 12% en 1996 puis 16% en 2000.

En 2015, chez les adultes de 18 à 74 ans, 54 % des hommes et 44 % des femmes sont en surpoids ou obèses (IMC ≥ 25) avec une augmentation en miroir avec celle de l'âge. La prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30) est estimée à 17 %, sans distinction entre hommes et femmes.

La comparaison des données entre ENNS-2006 et Esteban-2015 indique que la prévalence du surpoids (obésité incluse) reste stable, de l'ordre de 49 % et celle spécifique de l'obésité se maintient à 17 % pour l'ensemble de la population adulte. La prévalence du surpoids (obésité incluse) reste supérieure chez les personnes les moins diplômées.

Extrait du rapport : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016) Volet nutrition Chapitre corpulence

Cette même année, pour les enfants de 6 à 17 ans, la prévalence du surpoids (obésité incluse) est estimée à 17 % pour la classe d'âge, dont 4 % d'obèses. La prévalence de la maigreur est estimée à 13 % globalement et atteint 19 % chez les filles de 11-14 ans. La comparaison des données entre ENNS-2006 et Esteban-2015 indique que la prévalence du surpoids (obésité incluse) des enfants reste stable. Dans le même temps, la prévalence de la maigreur a significativement augmenté passant de 8 % à 13 %, cette augmentation touchant principalement les filles. La prévalence du surpoids (obésité incluse) reste supérieure chez les enfants où les personnes de référence du ménage sont les moins diplômées.

D'après l'OMS (Professeur Ezzati), « Ces tendances inquiétantes reflètent l'impact de la commercialisation des produits alimentaires et des politiques dans ce domaine à l'échelle mondiale, avec des aliments sains et nutritifs trop chers pour les familles et les communautés défavorisées. La tendance laisse entrevoir une génération d'enfants et d'adolescents grandissant en étant obèses et exposés à un plus grand risque de maladies comme le diabète...Il nous faut les moyens de faire en sorte que les aliments sains et nutritifs soient davantage disponibles, dans les foyers comme dans les écoles, en particulier dans les familles et les communautés défavorisées, et des règlements et des taxes pour protéger les enfants des aliments nocifs pour leur santé. »

L'augmentation exponentielle du surpoids et de l'obésité pourrait découler de l'augmentation de la consommation d'aliments très énergétiques, en particulier de glucides hautement transformés, qui entraînent un gain de poids et ont des conséquences sanitaires défavorables à long terme.

Le Dr Fiona Bull, Coordinatrice du Programme pour la surveillance et la prévention en population des maladies non transmissibles (MNT) à l'OMS, déclare: « Ces données soulignent, confirment et nous rappellent que le surpoids et l'obésité traduisent une situation de crise pour la santé mondiale actuelle, qui menace d'empirer dans les prochaines années si nous ne prenons pas rapidement des mesures draconiennes ».

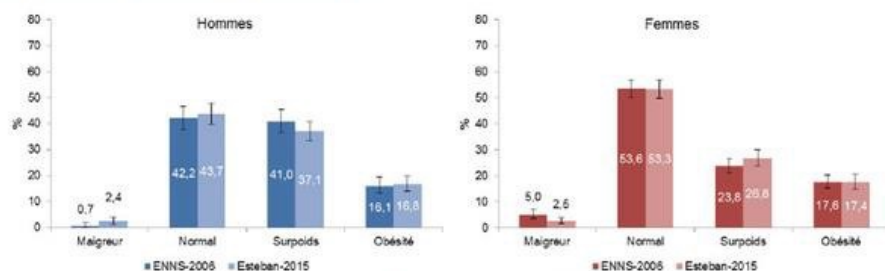
Le Dr Bull ajoute : « l'OMS encourage les pays à déployer des efforts pour lutter contre les environnements qui aujourd'hui augmentent les risques d'obésité chez nos enfants. Les pays doivent en particulier viser à réduire la consommation de produits alimentaires bon marché, ultratransformés, fortement caloriques et pauvres en nutriments. Il convient aussi de réduire le temps que les enfants consacrent aux activités de loisirs sur écran et sédentaires en favorisant une plus grande activité physique par le sport et des loisirs actifs.».

L'OMS a aussi diffusé des lignes directrices, appelant les agents de santé qui sont en première ligne à détecter activement et à prendre en charge les enfants en surpoids ou obèses.

Pour l'OMS, un mode de vie physiquement actif pendant l'adolescence est bon pour la santé. Il permet l'amélioration de la forme osseuse, cardiorespiratoire et musculaire en développant un appareil locomoteur et cardiovasculaire sain (os, muscles et articulations, cœur et poumons) ; l'amélioration de la conscience neuromusculaire (coordination et contrôle des mouvements); aide à garder un poids approprié et favorise la santé cardiometabolique. Enfin, il améliore le développement cognitif et la socialisation, avec des effets psychologiques bénéfiques qui aident les jeunes à mieux surmonter l'anxiété et la dépression, en contribuant à leur développement social, en leur fournissant des occasions de s'exprimer, en améliorant leur confiance en eux ainsi que l'interaction et l'intégration sociales.

Ainsi, les jeunes qui pratiquent une activité physique adoptent plus volontiers des comportements sains (moins de consommations de substances psychoactives).

Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015



La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigreur (IMC < 18,5), normal (18,5 \leq IMC < 25,0), surpoids (25,0 \leq IMC < 30,0) et obésité (IMC \geq 30,0).

Il est recommandé aux adolescents d'avoir une activité physique modérée à intense pendant au moins une heure chaque jour. Mais pour parvenir à ce niveau d'activité et le maintenir dans la durée, il convient d'agir en profondeur dans notre société en portant des projets de promotion de l'activité physique larges, ambitieux tout au long de la vie en commençant dès le plus jeune âge.

Pratiquer une activité physique permet d'atténuer les effets néfastes du « temps écran » ou de notre alimentation sur la santé. Au-delà de la pratique sportive encadrée (sur les temps scolaires ou périscolaires), se déplacer à pied, jouer à des jeux de plein air, porter une charge ou encore monter ou descendre les escaliers contribue également à l'activité physique.

2. L'activité physique des jeunes : quels leviers pour inverser la tendance ?

La prise de conscience générale des conséquences de la réduction de l'activité physique (mode de vie moins actif) passe par des actions fortes à tous les niveaux de notre société. Cela nécessite d'avoir un portage politique fort, d'agir par la loi et la réglementation pour prévenir, protéger, repérer et soigner ; mais également d'agir à ces niveaux pour aboutir à un environnement favorable au mode de vie plus actif (accès aux infrastructures, organisation et rythme de vie, articulation emploi-activité physique...), limiter les facteurs de risques, identifier et agir sur les principaux déterminants, développer une approche et appropriation communautaires des projets et de leur évaluation.

Il s'agit de mettre en place une politique de santé publique qui prenne appui sur une démarche globale et communautaire d'éducation à la santé individuelle et collective autour de l'activité physique dont les actions doivent être à l'image et/ou en reflet de la sédentarité, multifactorielles et puissantes.

La charte de Toronto (2010) est un levier intéressant dans la mise en place de ce type de projet. La promotion d'un mode de vie plus actif et la lutte contre la sédentarité y sont reconnues comme des éléments déterminants de l'état de santé.

D'après l'OMS, pour améliorer les niveaux d'activité physique chez les adolescents, il est recommandé d'appliquer d'urgence à plus grande échelle les politiques et les programmes ayant une efficacité reconnue pour accroître l'activité physique. Il convient aussi d'engager une action multisectorielle afin de donner aux jeunes davantage de possibilités d'être actifs, en agissant dans les domaines de l'éducation, de l'aménagement urbain, de la sécurité routière, etc...

Les plus hauts niveaux de la société, notamment les responsables et représentant nationaux, municipaux et locaux de l'État, devraient promouvoir l'importance de l'activité physique pour la santé et le bien-être de tous, notamment des adolescents sans négliger la problématique d'inégalités liée au genre.

Pour développer l'activité physique chez les jeunes, les gouvernements doivent mettre en évidence et combattre les nombreuses causes susceptibles de perpétuer les différences entre les garçons et les filles, notamment les inégalités sociales, économiques, culturelles, technologiques et environnementales.

Les pays doivent élaborer ou mettre à jour leurs politiques, et consacrer les ressources nécessaires pour augmenter le niveau d'activité physique ».

En France, les PNNS – programmes nationaux nutrition santé – ont été lancés dans les années 2000, tout en veillant à mettre en place une démarche de type projet plus aboutie et plus efficace. (PNNS2 évaluation de l'inefficacité du programme)

L'Anses alerte aujourd'hui les pouvoirs publics pour des mesures renforcées à ce sujet dans le cadre du Plan national nutrition santé, et insiste sur la nécessité de promouvoir des actions pour lutter contre la sédentarité chez les jeunes, et en particulier en direction des adolescents les plus âgés (15-17 ans) et ceux dont le niveau social est le plus faible.

Elle conseille aussi de, pour développer l'activité physique des jeunes adolescentes, de sensibiliser enfants/adolescentes, parents et personnels éducatifs.

Pour le SNICS-FSU l'activité physique doit être d'avantage perçue dans sa globalité car elle englobe le sport souvent assimilé aux activités type éducation physique ou exercice planifié et/ou encadré, mais doit également être pensée plus largement en englobant le jeu, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, dans des contextes variés (familial, scolaire ou communautaire).

Le développement des politiques françaises de santé publique, trop longtemps axées les comportements et responsabilités individuelles, ne prennent pas en compte l'influence particulière de l'environnement social et organisationnel en ayant une action renforcée en direction des profils les plus à risque.

Il conviendrait d'avoir des politiques pour réduire les inégalités en matière de santé que l'OMS définit comme « des différences dans l'état de santé ou dans la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population » (par exemple, territoires géographiques, groupes culturels, catégories socio-économiques, critères démographiques comme l'âge ou le sexe).

« Permettre l'activité physique pour toutes et tous, partout, en toute sécurité et au moment qui me/lui convient »

La réduction des risques liés à la sédentarité et à l'inactivité physique passe par la création d'un environnement global favorable à l'évolution des comportements, tant à l'échelle individuelle que collective : à la maison, à l'école, dans l'espace public à travers le développement des pistes cyclables...

Pour atteindre les recommandations sanitaires (ne pas dépasser 2 h/j et réaliser au



moins 60 min/j d'activité physique d'intensité modérée à élevée), il convient de limiter la durée de chaque activité sédentaire, d'impulser des pauses actives et favoriser la pratique de l'activité physique, de différents types (cardio-respiratoire, renforcement musculaire, souplesse) et en identifiant toutes les occasions de pratique.

Les PNNS restent des leviers intéressants pour mobiliser et réunir les acteurs autour de projets de promotion de la santé. Ainsi, si l'on veut agir en profondeur et à long terme, il convient d'agir en y impliquant le service public d'éducation et l'ensemble de la communauté scolaire, dont la mission de promotion de la santé en faveur de l'élève qui a été réaffirmée et renforcée en novembre 2015: la santé de l'élève est reconnue comme un déterminants majeur d'une égalité d'accès à la réussite scolaire et comme une mission intégrante de l'École.

Le SNICS-FSU tient à faire ici un balayage rapide des textes qui encadrent cette nouvelle politique, car il nous apparaît que le MEN dispose d'un cadre législatif, réglementaire et ministériel complet qui, s'il était appliqué et impulsé avec une volonté politique plus forte et des moyens, permettrait de mettre en œuvre des projet éducatif de santé à même d'influer au long court sur le niveau d'activité physique des français.

« La politique éducative sociale et de santé contribue à la réussite scolaire des élèves, à la réduction des inégalités sociales et territoriales et participe à la politique globale de santé publique du pays. » Fiche 41 circulaire rentrée 2015.

Il n'est plus à démontrer que le développement de la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer la santé et réduire les inégalités en touchant l'ensemble des enfants d'une tranche d'âge donnée, au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie pour permettre de faire des choix responsables en matière de santé.

Dans l'action du PNNS « Agir sur les comportements sédentaires dans la vie quotidienne pour tous et à tout âge », l'objectif 12 (soutenir le développement de l'éducation à l'alimentation et l'activité physique en milieu scolaire dans le cadre du développement d'écoles promotrices de santé) nous concerne particulièrement.

Le PPNS, politique nationale de santé publique, s'articule parfaitement avec la Politique Educative Sociale et de Santé en faveur des Elèves qui a été réaffirmée, en novembre 2015, comme une mission intégrante du MEN, lors de la loi d'orientation et de pro-

grammation pour la refondation de l'école de la République. Cette politique ambitieuse, intégrée à la mission de l'École et qui concerne l'ensemble de l'équipe éducative, avec une gouvernance renouvelée, met en avant l'importance de la promotion de la santé : éducation, prévention, protection. « Elle participe à la réussite scolaire des élèves, à la réduction des inégalités sociales et territoriales et ainsi à la politique globale de santé publique du pays. Elle contribue à offrir aux élèves les conditions favorables aux apprentissages et vise à permettre à chacun d'entre eux d'acquérir les connaissances, les compétences et la culture nécessaires à la construction d'un individu et d'un citoyen responsables. Elle concourt à créer un environnement et un climat scolaire favorables, et est un élément clé d'une École du bien-être et de la bienveillance.

Elle est mise en œuvre dans chaque école et établissement, de la maternelle au lycée, et associe l'ensemble de la communauté éducative. Les personnels médicaux, infirmiers et sociaux de l'éducation nationale en sont des acteurs essentiels dans le cadre d'un travail en équipe pluriprofessionnelle. » circulaire d'orientation générale de la politique éducative sociale et de santé MEN N°2015-117 du 25 novembre 2015.

Cette politique éducative de santé s'appuie sur l'article L.121-4 du Code de l'Éducation et du Code de Santé Publique, avec la loi santé 2016 qui fait de la prévention son titre premier.

L'article L. 121-4 définit le champ de la mission de promotion de la santé à l'École selon sept axes :

- la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres ;
- la participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents aux niveaux national, régional et départemental ;
- la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;
- la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;
- l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;
- la participation à la veille épidémiologique

par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

L'article L. 541-1 du code de l'éducation précise que le « parcours de santé » des élèves comprend des actions de prévention, d'information ainsi que des visites médicales et des dépistages obligatoires visant, en particulier, une réduction des inégalités en matière de santé. Cette article est précisé par l'arrêté du 03 novembre 2015 qui, pour la première fois, précise les contenus et la périodicité des visites médicales de la 6^e année et des bilans infirmiers de la 12^e année, placés à des moments clés de la scolarité des enfants, l'entrée dans les apprentissages fondamentaux et dans la période pubertaire (cf Avis du HCSP). Il est à noter que cet arrêté a rencontré des difficultés d'application liées à l'appel au blocage de ce texte par les syndicats représentatifs des médecins scolaires. Il a également été attaqué par le CNOM devant le Conseil d'État en ce qu'il donné en responsabilité un examen ou bilan de santé à un.e infirmier.e sans coordination médicale, mais également au sujet de l'obligation de retour en direction des équipes éducatives, jugée irrespectueuse du secret médical. Seul ce deuxième point a été retenu par le Conseil d'État.

UNE POLITIQUE NÉCESSAIREMENT ET TRÈS JUSTEMENT RÉAFFIRMÉE EN COHÉRENCE AVEC D'AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES:

« La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves s'articule avec d'autres volets de l'action gouvernementale, en partenariat avec les collectivités territoriales. Cette politique est mise en œuvre par tous les personnels (enseignants, personnels éducatifs, sociaux et de santé...) dans le cadre des priorités arrêtées aux niveaux national et académique. Cette collaboration, mise en œuvre dans le respect des compétences et de l'exercice professionnel de chacun, doit permettre la prévention et

le repérage le plus tôt possible des difficultés susceptibles d'entraver les apprentissages et de compromettre le déroulement de la scolarité. »

Elle s'articule avec :

1. la politique de santé publique (stratégie nationale de santé) « la promotion de la santé qui associe le milieu scolaire et les divers professionnels intervenant au sein des écoles et des établissements, en lien avec les élèves et leurs familles ainsi qu'avec les partenaires locaux ;
- la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé (individuels, sociaux et comportementaux) concernant l'alimentation, l'activité physique, l'éducation

à la sexualité, la prévention des conduites à risques et, en particulier, des conduites addictives ; des besoins de santé identifiés des élèves (y compris la santé mentale) mais également de la dimension de la citoyenneté (respect de soi et des autres, gestes qui sauvent) ;

- la logique de continuité dans le suivi des élèves qui s'étend, selon les situations et les besoins, de l'éducation à la santé à l'orientation de l'élève, le cas échéant, vers une prise en charge médicale et/ou spécialisée ;

- la contribution à l'amélioration de la santé des populations et à l'identification des besoins de santé publique. Elle concourt à une mission d'observation et de veille épidémiologique ainsi qu'à la production et à la collecte des données caractérisant les publics scolaires »

2. les politiques sociales et familiales par sa contribution, dans le respect des règles déontologiques et réglementaires qui s'imposent aux professionnels de santé,

3. la politique de la ville par sa participation aux : programmes de réussite éducative (ateliers santé ville,...) ; programmes de cohésion sociale ; contrats locaux de santé ; actions mises en place dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ;

4. la recherche universitaire dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence.

Et pour gagner en lisibilité et en efficacité, sa gouvernance est rénovée, en prenant un soin particulier à garder la structuration des différents échelons de l'institution :

Avec une gouvernance rénovée à tous les échelons de l'institution scolaire avec la mise en place de la cellule en charge de la politique éducative sociale et de santé (national, académique, département) La direction générale de l'enseignement scolaire – et, plus particulièrement, la sous-direction en charge de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives – est chargée d'impulser la politique nationale, de la coordonner et d'en établir le bilan.

Et bien entendu « Des partenariats institutionnels actifs » La politique éducative sociale s'articule en particulier avec la stratégie nationale de santé (SNS) par la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé (individuels, sociaux et comportementaux) – concernant l'alimentation, l'activité physique, l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites à risques, en particulier des conduites addictives –, des besoins de santé identifiés des élèves (y compris la santé mentale), mais également de la dimension de la citoyenneté (respect de soi et des autres, gestes qui sauvent).

À compter de la rentrée 2015, une priorité est donnée à l'éducation à l'alimentation (article L312-17-3 du code de l'éducation). Un portail de ressources en ligne, mettant à disposition des équipes pédagogiques et éducatives un ensemble d'outils qui appréhendent l'alimentation dans sa globalité et sa diversité, a été créé en septembre 2015. Dans un très grand nombre d'académies, la politique académique de santé en faveur des élèves est conduite en partenariat avec les agences régionales de santé (ARS), les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), les directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (Draaf) ainsi que les collectivités territoriales et les partenaires associatifs.

Au niveau local, la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves trouve sa déclinaison au plus près de l'élève, dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement. Elle est mise en œuvre, sous l'autorité de l'IA-Dasen et sous la responsabilité de l'IEN ou du chef d'établissement, dans la circonscription ou dans l'établissement.

L'organisation en réseaux est à privilégier réseaux inter-établissements et réseaux école-collège ; le CESC inter-degrés sera une instance privilégiée.

Des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté réaffirmés et eux aussi renforcés par l'installation d'un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) L'organisation en réseaux inter-établissements ou en CESC inter-degrés permettra une déclinaison au plus près de l'élève de la politique sociale et de santé. Le conseil école-collège constitue une instance permettant la mise en lien des parcours des élèves des écoles maternelles et élémentaires et de collège.

Un CESC, dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation en direction des écoles et des établissements d'enseignement, est mis en place dans chaque département à la rentrée 2015.

En parfaite cohérence avec la loi de santé de 2016 et l'article L 121-4, l'Education nationale met en place des Parcours Educatifs de Santé, à partir de la rentrée 2016. Le parcours éducatif de santé recouvre tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée. Il structure la présentation et regroupe les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence au socle commun et aux programmes scolaires.

Ce parcours accompagne le développement d'écoles promotrices de santé, démarche visant à développer des écoles, collèges et

lycées intégrant systématiquement un plan pour la santé et le bien-être des élèves afin de favoriser un environnement bienveillant, un climat de confiance et de réussite et de développer les compétences psychosociales permettant de faire des choix éclairés en matière de santé.

Dans le « Vademecum école promotrice de santé », l'École promotrice de santé a pour enjeu de valoriser les actions et projets déjà mis en œuvre dans le cadre du parcours éducatif de santé et de les articuler avec d'autres approches, telles que le climat scolaire, en les inscrivant dans le projet d'école ou d'établissement.

Pour ce faire, il faut constituer une équipe projet pilotée par l'infirmier.e de l'Education nationale et assurer sa visibilité au sein de l'établissement, puis établir un diagnostic concerté avec l'équipe projet et avec les partenaires de l'École, dresser clairement les priorités à poursuivre et les déterminants de santé à privilégier. En collège, il est possible de s'appuyer sur les éléments recueillis lors de BI de la 12^e année. Il convient de réaliser un état des lieux des actions et des dispositifs conduits en matière de lutte contre la sédentarité, donner de la lisibilité pour que chacun puisse se saisir des actions et des projets déjà en cours.

Il est aussi nécessaire d'explicitier la politique de l'établissement ou le projet d'école en matière de promotion de la santé à l'ensemble de la communauté éducative afin de favoriser le travail collaboratif pour mettre en œuvre et coordonner des actions.

Enfin, il faut associer et mobiliser les parents d'élèves et les élèves dans les instances au sein desquelles ils sont représentés, accompagner et former les équipes.

AINSI, POUR MENER À BIEN LA POLITIQUE ÉDUCATIVE SOCIALE ET DE SANTÉ EN FAVEUR DE L'ÉLÈVE, LES MISSIONS DES MÉDECINS ET DES INFIRMIER.ES DE L'ÉDUCATION NATIONALE ONT ÉTÉ MODIFIÉES.

Deux circulaires les ont redéfinies en 2015, en les inscrivant dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves et de lutte contre les inégalités sociales.

« Les médecins de l'éducation nationale apportent une démarche clinique qui permet l'identification des difficultés rencontrées par les élèves, l'évaluation des situations pathologiques susceptibles d'entraver leur scolarité, notamment en cas de troubles des apprentissages et/ou des comportements, afin d'assurer l'orientation et la prise en charge adaptée, ainsi que le suivi en milieu scolaire.

Les attributions des infirmiers-ères sont d'as-

DOSSIER

LA SÉDENTARITÉ DES JEUNES : ÉVOLUTION, CONSÉQUENCES, QUELLES SOLUTIONS ?

sur les soins infirmiers préventifs et curatifs ainsi que la prévention des problèmes essentiels que peuvent rencontrer les jeunes (échec scolaire, difficultés relationnelles, harcèlement, mal-être) et qui nécessitent des réponses adaptées et personnalisées, notamment d'écoute, afin de déterminer leurs besoins de santé. » Extrait fiche 41 circulaire de rentrée 2015 MEN ».

Les infirmier.es de l'Éducation nationale sont réaffirmé.es dans leur rôle « de référent.es santé ». Personnels de santé pivots, elles-ils accompagnent et suivent l'état de santé des élèves de la maternelle à l'université dans une dimension individuelle via les consultations (libres de droit et d'accès dans les établissements scolaires) mais également dans une dimension collective. Contrairement à ce qui a pu être entendu lors de l'audition des professionnels de santé du ministère de l'Éducation nationale dans le cadre de cette évaluation, l'éducation à la santé fait partie du champ professionnel des infirmier.es diplômé.es d'État (extrait référentiel de compétences disponible en annexe)

Rappel des missions spécifiques des infirmier.es de l'Éducation nationale : circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015

La mission de l'infirmière de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique générale de l'éducation nationale qui est de contribuer à la réussite des élèves et des étudiants...

Elle concourt à cet objectif par la promotion de la santé de l'ensemble des élèves, scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leurs secteurs d'intervention, et des étudiants. Elle participe plus largement à la politique du pays en matière de prévention et d'éducation à la santé, et de lutte contre les inégalités sociales.

Elle participe aux projets d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risque menés dans les établissements et tient ainsi globalement un rôle éducatif au sein de la communauté scolaire.

Dans le cadre de ses compétences, elle est amenée à concevoir, organiser et évaluer les actions de promotion et d'éducation à la santé tant individuelles que collectives. Dans ce but, elle favorise la prise en compte de la santé dans les projets d'établissement et les projets d'école.

1.1. Suivi individualisé des élèves

1.1.1. L'accueil et l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique

1.1.2. Le dépistage infirmier prévus à l'article L. 541-1 du code de l'éducation

1.1.3. Le suivi infirmier

L'infirmière, à partir de données sur la santé et la scolarité de l'élève ou de l'étudiant, évalue les besoins en santé, définit des priorités et organise, si besoin est, le suivi de l'état de santé de l'élève ou de l'étudiant.

Elle veille à ce que les élèves bénéficient des aides et suivi extérieurs préconisés ou prescrits (orthophonie, psychologie, consultation spécialisée...) et accompagne, si nécessaire, les familles dans cette démarche. Elle favorise ainsi l'accès aux soins des élèves, leur permet d'être dans les meilleures conditions d'apprentissage et lutte ainsi contre les inégalités.

En fonction de son rôle propre et des besoins qu'il identifie, l'infirmière met en place un suivi particulier en organisant des consultations infirmières... L'infirmière indique au médecin de l'éducation nationale les élèves qui lui paraissent avoir besoin d'un examen médical personnalisé.

1.1.4. Le suivi des élèves signalés par les membres de l'équipe

1.1.5. Le suivi des élèves des établissements de certaines zones rurales et des réseaux d'éducation prioritaire

1.1.6. Le suivi des problèmes de santé complexes ou chroniques et des élèves à besoins particuliers

1.1.7. La protection de l'enfance

1.2. Promotion de la santé

La promotion de la santé fait partie du champ professionnel de l'infirmière. Elle vise la mise en place de conditions favorables à la santé et au bien-être des élèves afin de favoriser la réussite scolaire. Pour agir efficacement, l'infirmière collabore avec la communauté éducative dans son ensemble et avec les partenaires de l'école dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), en apportant son expertise dans la définition des projets, la planification et l'évaluation des actions de promotion de la santé.

Elle contribue également à développer des compétences individuelles et sociales, dans une démarche de promotion de la santé et de bien-être à l'école ou en prévention des comportements à risque.

Dans le cadre de l'organisation du parcours éducatif de santé, en application du code de l'éducation, l'infirmière conseille le directeur d'école ou le chef d'établissement. Elle apporte ainsi l'expertise nécessaire sur les différents sujets qui touchent la santé des élèves : éducation nutritionnelle, activité physique, éducation à la sexualité, prévention des conduites à risques, en particulier des conduites addictives, souffrance psychique, prévention des violences et du harcèlement, gestes de premiers secours.

1.2.1. L'éducation à la santé

L'éducation à la santé permet dans le cadre d'une approche globale et spécifique de développer des apprentissages qui permettent aux élèves de faire des choix éclairés en matière de santé individuelle et collective. La contribution spécifique de l'infirmière s'y inscrit sous différentes formes : elle apporte son soutien lors de l'évaluation des besoins et demandes d'éducation à la santé et d'enseignement en matière de santé à l'École. Elle participe avec l'ensemble de l'équipe éducative à la conception, au développement d'actions d'éducation à la santé ainsi qu'à son intégration dans l'environnement scolaire. Elle collabore aux choix des approches des stratégies et des méthodes utilisées dans le cadre des actions d'éducation à la santé. L'infirmière peut accompagner les enseignants, en tant que personne ressource en matière d'éducation à la santé.



DOSSIER

LA SÉDENTARITÉ DES JEUNES : ÉVOLUTION, CONSÉQUENCES, QUELLES SOLUTIONS ?

Il-elle apporte des informations et des méthodes pour intervenir efficacement et de façon appropriée auprès des élèves.

Cette dynamique d'éducation à la santé doit favoriser la mise en commun des compétences de l'ensemble des partenaires de l'école. Elle s'inscrit dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté. Les actions d'éducation à la santé visent à rendre l'élève responsable, autonome et acteur de prévention. Elles permettent également de venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être : usage de produits licites ou illicites, absentéisme, désinvestissement scolaire, repli sur soi, conduites suicidaires.

La contribution spécifique apportée par les infirmiers-ières se traduit principalement par :

- la conception, l'animation et l'évaluation des séquences d'éducation à la santé, en liaison avec les enseignants ; les conseils et informations dispensés aux élèves lors des passages à l'infirmerie, des dépistages infirmiers ou des entretiens personnalisés ;
- la coordination que les infirmiers-ières sont appelé-e-s à assurer, en leur qualité de référent santé de la communauté scolaire, avec les autres partenaires institutionnels et les intervenants extérieurs ;
- la participation à l'élaboration du volet santé du projet d'établissement ou d'école à partir des besoins repérés des élèves et de leurs demandes et à la mise en place des rencontres éducatives sur la santé ;
- l'évaluation des actions de promotion et d'éducation à la santé.

En tant que référent.es de santé de la communauté scolaire et membres de droit des CESCE (comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement), les infirmier.es de l'Éducation nationale conçoivent, organisent et évaluent les projets éducatifs de santé. Elles-ils participent à l'identification et à la priorisation des besoins de santé des élèves, à chaque échelon en commençant par l'établissement scolaire. Elles-ils veillent également à ce que les actions de promotion de l'activité physique développées dans le cadre des projets éducatifs de santé du ministère de l'Éducation nationale et des parcours éducatifs de santé (établissement, département, ou académique) entrent en cohérence avec les objectifs des plans ou stratégies locales, régionales et nationales de santé.

Cet ensemble de textes crée les conditions d'une politique éducative sociale et de santé tout à fait cohérente qui pourrait même risquer d'être performante si elle ne souffrait pas de trois maux qui, à terme, risquent de la faire disparaître (le projet de loi 4D nous en offre l'illustration récente).

Tout d'abord, un manque structurel de professionnels de santé, notamment en moyens infirmiers, doublé d'un manque de conviction ou d'impulsion politique au niveau ministériel qui facilite le blocage corporatiste exercé par les syndicats représentatifs des médecins dans l'application de la réforme de 2015 qui n'a pas accédé à leur demande de service médical, de coordination du suivi de l'état de santé des élèves, ni de lien fonctionnel entre médecins et infirmier.es.

Un manque de moyens infirmiers que nous osons qualifier de structurel :

A la rentrée 2020, on dénombre 7 704 postes infirmiers devant élèves à l'Éducation nationale pour couvrir les besoins de la maternelle jusqu'à l'université. L'offre de soins infirmiers est incomplète pour offrir un accès permanent aux soins infirmiers aux élèves au sein des EPLE.

7 400 postes pour expertiser et accompagner les projets éducatifs de santé des 7 815 établissements publics du second degré, des 45 401 écoles publiques et moins de 300 emplois pour couvrir l'ensemble des sites universitaires.

Avec si peu de moyens, comment accueillir, accompagner et répondre aux besoins de santé d'élèves et étudiants chaque année plus nombreux : 12,4 millions d'élèves (+30 000/an), plus de 2 800 000 étudiants (+ 2,1% soit 57 700 étudiants par an). Soit un.e infirmier.e pour près de 2 000 élèves ou étudiants alors qu'en 2000, face aux besoins constatés (que la crise sanitaire est venu accroître), ce même ministère avait l'ambition de se doter d'un poste infirmier pour 500 élèves, soit plus de

25 000 emplois infirmiers. Il manque à minima 17 000 postes infirmiers au sein du service public d'éducation.

Une vacance politique en 2016, laissant la place à une nouvelle direction qui, depuis 2017, tarde à mettre en oeuvre, à impulser et à évaluer cette réforme.

Malgré les demandes répétées du SNICS-FSU depuis plusieurs années, la mise en place de la politique Éducative et de santé et la création des parcours éducatifs de santé où l'infirmier.e agit comme expert.e et conseiller.e technique, le ministère de l'Éducation nationale ne s'est pas doté d'outils permettant la remontée des besoins des élèves, ni des actions de prévention réalisées ou organisées par les infirmier.es de l'Éducation nationale. Le seul indicateur de santé présent dans la LOLF est le bilan médical de la 6^{ème} année.

En dépit des interventions multiples de notre syndicat pour l'y inciter, notre ministère tarde également à réactualiser et adapter le logiciel infirmier afin d'obtenir des indicateurs pertinents permettant la remontée et l'évaluation, non seulement des besoins de santé des élèves et étudiants, mais également de la pertinence de la répartition des moyens et de ses choix politiques.

Il y a aussi un défaut d'application des textes de 2015 à l'université où la consultation libre et gratuite des étudiants n'existe que peu ou prou, puisque les infirmier.es de l'Éducation nationale sont utilisé.es pour assurer les fonctions d'accueil et de secrétariat au sein des services de santé universitaire.

Malgré une refonte complète de la politique éducative et de santé du MEN en 2015, l'enquête statistique menée depuis de nombreuses années par la DGESCO n'a pratiquement pas évolué. Son envoi tardif, réitéré chaque année depuis 2017 (fin juin-début juillet), dans les établissements scolaires entrave la remontée des données statistiques.



L'analyse de l'activité réelle des infirmier.es de l'Education nationale sur le premier degré est rendue impossible par l'absence de remontées statistiques fiables. En effet, dans les départements, un refus est opposé aux infirmier.es pour l'utilisation des bases élèves du 1^{er} degré et par l'absence de dotation d'ordinateurs portables permettant l'utilisation du logiciel SAGESSE et donc le renseignement de notre activité au fil de l'eau.

Le logiciel professionnel utilisé par les infirmier.es est obsolète à bien des égards. Son utilisation laborieuse ne permet qu'une remontée très incomplète de l'activité des infirmier.es et des besoins des élèves. On peut, par exemple, regretter que le volet d'éducation à la santé collective et le travail en partenariat y soit peu développés, ainsi que l'analyse fine des besoins des élèves en fonction de thématiques ou de publics ciblés alors que les 7 400 des infirmier.es de l'Education nationale en poste devant élèves dans les établissements du second degré ont réalisé 18 461 891 consultations infirmières et plus de 900 000 bilans de santé au cours de l'année scolaire 2018-2019.

Les besoins des élèves sont en fait évalués à partir de la grille de lecture imposée par le logiciel Sagesse qui ne permet que de faire apparaître les besoins exprimés par l'élève et non ceux identifiés par l'infirmier.e. Il est important de noter qu'à chaque consultation, seuls deux motifs peuvent être renseignés. Ce prisme ne permet pas d'extraire des données spécifiques touchant à l'activité physique lors des consultations individuelles, et pourtant ce sujet y est très souvent abordé. Actuellement, ces données ne sont exploitées et exploitables que de façon individuelle (et souvent manuelle) par les infirmier.es au niveau de leur établissement.

Pourtant l'infirmier.e de l'Education nationale a pour mission un rôle d'observation et de surveillance épidémiologique : « Il-elle recueille et exploite des données et peut être amené-e, à partir des éléments en sa possession, à effectuer des actions de recherche sur les indicateurs de santé. Ces données permettent également de dégager les besoins spécifiques de la population de l'établissement, de proposer un projet d'actions d'éducation à la santé collective et de cibler les formations nécessaires. »

Extrait de l'étude statistique de l'activité des infirmier.es, année scolaire 2018/2019 (cf. annexe B).

Les infirmier.es, seul.es ou en partenariat, ont réalisé au cours d'une seule année scolaire 111 678 actions de prévention et d'éducation à la santé collective qui ont bénéficié à 4 863 039 élèves.

Suivi individuel : Les 7 400 infirmier.es de l'Education nationale affecté.es sur les établissements publics du second degré ont réalisé 18 461 891 consultations infirmières à la demande des élèves au cours de l'année scolaire 2018-2019 (à titre comparatif, en France, les services d'urgence ont réalisé 21 millions de consultations en 2019).

1 consultation infirmière sur trois amène l'infirmier.e à engager une liaison, à travailler avec un.e partenaire :

- Vie scolaire - Direction-2 416 052 liaisons
- Famille – 1 643 550 familles avisées et 1 158 637 familles recues en consultations
- Autres-345 556 liaisons avec divers partenaires
- Assistant.es sociales scolaires – 274 783 liaisons engagées
- Médecins scolaires- 219 261 élèves orienté
- Services d'urgences- 50 449 appels

En 2018/2019, en application de l'arrêté du 03 novembre 2015, avec un effectif de 650 356 élèves en classe de 6^{ème} à la rentrée 2018, les 578 281 dépistages de 12 ans réalisés par les infirmier.es de l'Education Nationale représentent 89% de cette classe d'âge. Il est important de noter qu'il est très difficile pour les infirmier.es d'atteindre 100% de la classe d'âge : tout d'abord par manque de moyens, les infirmier.es en poste sur des collèges sont trop souvent partagé.es entre plusieurs établissements et certains glissements de tâches entravent encore la réalisation des missions qui leur sont attribuées.

Si ces visites sont des moments clés, il n'en demeure pas moins que l'élève peut être vu par le ou la médecin et l'infirmier.e à d'autres occasions de son parcours scolaire. En application de leurs missions et en complément des examens obligatoires, les infirmier.es réalisent chaque année près de 400 000 bilans de santé à la demande. Ces examens sont réalisés soit à la demande de l'élève et/ou de

sa famille, soit pour répondre à une sollicitation de l'équipe éducative, ou encore de sa propre initiative. Les motifs des demandes sont multiples. Ces examens concernent tous les niveaux de classes, de la maternelle à l'université, mais il est important de noter que les chiffres et tableaux présentés ne concernent que le second degré.

Au cours d'une année scolaire, on peut estimer que les infirmier.es de l'Education nationale ont participé à 284 033 réunions de travail soit environ 37 réunions par infirmier.e par an. Quatre réunions sur cinq sont internes (GPDS, CESC, ESS, CC, CA, CHS etc). Malgré l'impulsion présente dans la nouvelle politique éducative sociale et de santé, où le travail en réseau est défini comme une nécessité « implique des échanges d'informations entre les professionnels appartenant à des institutions différentes et un réel partenariat entre services de l'éducation nationale, protection maternelle et infantile, services hospitaliers, intersecteurs de psychiatrie, médecins généralistes et toute personne ayant des responsabilités auprès des jeunes (juges des enfants, maires, élus, responsables en matière de santé, associations de parents, services d'aide sociale à l'enfance, etc.) », on peut remarquer que les réunions externes sont encore trop peu nombreuses. La charge de travail et la difficulté que rencontrent les infirmier.es de l'Education nationale pour être autorisé.es à sortir des établissements scolaires y est pour une bonne part.

Sur le premier degré et le second degré, les infirmier.es sont les référent.es santé de la communauté scolaire et les conseiller.es techniques des personnels de direction (chefs d'établissement, IEN, directeurs-trices d'école), ils-elles devraient donc de fait pouvoir participer activement aux conseils de classe, conseils d'école ou d'établissement, projets d'établissement, CESC, mise en place du protocole des soins et des urgences, commissions d'hygiène et de sé-



curité, ESS, ...). Il persiste un véritable frein sur le premier degré où les temps de concertation avec les enseignant.es sont très réduits (charge de la classe et temps de travail non reconnus).

Le manque de moyens infirmiers dans les établissements empêche aussi les infirmier.es de participer à de nombreuses réunions et, lorsqu'ils-elles sont partagé.es sur plusieurs établissements, cela relève de l'impossible. En effet, les 7 770 infirmier.es de l'Education nationale devant élèves sont actuellement affecté.es sur 7 815 établissements publics du second degré et 45 401 écoles publiques ainsi que l'ensemble des universités.

Néanmoins, comme pour les liaisons après les consultations infirmières, les données ci-contre montrent bien la volonté des infirmier.es de l'Education nationale d'inscrire leurs actions dans une démarche partenariale concertée. Les échanges existent, tant dans l'institution qu'à l'extérieur, entre infirmier.es et autres professionnel.les, ce qui déconstruit, une fois de plus, l'à-priori d'un travail en silo.

Qu'il s'agisse des 18 millions de consultations infirmière réalisées à la demande des élèves, du suivi et des orientations qui en découlent mais également du bilan infirmier de la 12^{ème} année ou des autres examens à la demande, il serait du plus grand intérêt de modifier le logiciel infirmier afin d'y intégrer un outil statistique permettant une vision et une analyse plus fines des besoins identifiés lors de ces examens de santé, de l'état de santé des jeunes, des troubles repérés, de leurs attentes et des suites données (orientation, taux de recours aux soins, résultats etc). Ces données sont autant d'indicateurs de santé qui pourraient abonder des projets de l'Education nationale (à tous les niveaux en partant de l'établissement scolaire) comme ceux de nos partenaires tels que l'ARS (ORS), et ce avec sérieux et sans charge de travail inutile ou gâchis en termes de ressources humaines.

Ce défaut d'indicateurs et de ressources humaines laissent penser à certains que rien n'est fait ou mal coordonné en termes de promotion de la santé et de prévention par/ou à l'Education nationale. Or, les chiffres collectés par notre syndicat sur l'activités des infirmier.es sur l'année scolaire 2018-2019 donnent une indication contraire (cf annexes B), tout comme l'enquête statistique réalisée par la DGESCO sur l'activité des CESC qui dénombre l'activité de ces instances auxquelles participent l'ensemble de la communauté scolaire (familles y compris) et ses partenaires.

Contrairement aux affabulations de la Cour des comptes dans son piètre rapport sur les personnels de santé scolaire, l'organisation et l'action des infirmier.es de l'Education

nationale est loin d'être médiocre et encore moins en silo.

Recruter des personnels de santé, appliquer les textes de 2015 (tout à fait suffisants), se doter de cellules académiques permettant d'améliorer la dimension partenariale, la lisibilité, l'efficacité des projets et des actions éducatives de santé menées dans le cadre du MEN sont des leviers mobilisables à très court terme pour parvenir à inverser la tendance en terme d'activité physique chez les jeunes.

3. Quelles solutions concrètes pour donner une réelle place à la pratique sportive ? Quelles expériences réussies pour être entendus des jeunes et des adultes ?

Pour donner une réelle place à la pratique sportive, il faudrait intervenir plus fortement sur l'environnement, y compris scolaire, en facilitant l'accès à la pratique d'une activité physique par la présence d'infrastructures. Les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer pour améliorer l'accès aux activités, y compris dans le cadre scolaire. La répartition n'est pas homogène et les capacités d'accueil sont trop limitées. Certaines communes ont du mal à financer l'entretien des gymnases.

En tant que professionnels de santé, nous savons qu'un mode de vie actif et la pratique d'une activité physique sont fondamentaux pour se développer sainement, être en bonne santé mais également maintenir son capital santé. L'activité physique favorise le maintien ou l'amélioration de la condition physique, développe nos capacités de réflexion, d'apprentissage et nos rapports sociaux. L'activité physique devrait être considérée comme essentielle/primordiale au sein du système éducatif, or ce dernier peine à intégrer ces données. La pratique sportive est peu valorisée dans le monde scolaire, les apprentissages réalisés ne sont que peu valorisés faisant de cette discipline un accessoire aux yeux des élèves, des jeunes (et de leurs familles) qui ne s'y investissent pas pleinement.

En collège, les horaires de l'EPS doivent évoluer pour aller vers les recommandations des organisations (OMS, UNESCO...) qui consistent à préconiser (au moins) une heure d'activité physique par jour. Le SNEP-FSU propose qu'une première mesure soit mise en place, 4 heures de la 6^e à la 3^e. Les savoirs que les professeurs EPS enseignent doivent être reconnus par l'Education nationale si nous voulons que les élèves et leurs parents les reconnaissent comme importants. Comment comprendre le maintien de

l'EPS en dehors du périmètre des disciplines évaluées au DNB, si ce n'est par une vision d'école publique extrêmement resserrée sur les pseudo-fondamentaux ?

Démocratiser l'accès aux pratiques physiques passe par renforcer l'EPS et le Sport scolaire, seuls lieux de pratique pour bon nombre d'élèves, aider les associations à se développer, créer un pass'sport pour aider financièrement les familles mais aussi faire prendre conscience aux jeunes des enjeux derrière la pratique. Le rôle des professionnels de santé de l'Education nationale (infirmier.es et médecins) doit être renforcé sur ce plan éducatif et il y a nécessité à recruter fortement. Travailler ces questions dès le plus jeune âge est primordial et ne peut se confondre avec le fait de gigoter 30 minutes par jour qui ne donne aucun repère, aucune envie de prolonger ces modalités en dehors du temps obligatoire.

Pour que les jeunes soient intéressés par la pratique, il faut aussi lui redonner toute sa dimension ludique, sa dimension plaisir, celle d'être avec d'autres confrontés à d'autres... Il y a là des gros enjeux de formation des différents acteurs mais aussi des programmes à revoir dans le système éducatif.

Il faut veiller à associer la pratique à une notion de plaisir et non à une notion de performance et/ou de concurrence qui sont excluantes et conduisent à une diminution de l'estime de soi, à une augmentation du stress et à une exposition au risque de dopage.

Il faut donc mettre en place des projets, développer des projets éducatifs de santé ambitieux qui valorisent l'activité physique et les compétences acquises, avec une forme d'incitation et de transmission entre pairs, et qui permettent d'aboutir à la compréhension des enjeux pour des individus éclairés, responsables et autonomes. Par exemple, il serait possible de promouvoir le programme d'action type ICAPS, développé en 2011 et promu par l'INPES (« Promouvoir l'activité physique des jeunes » dossier action santé publié en 2011).

Ce type de programme a démontré ses résultats positifs sur la prévention de la sédentarité et la lutte contre l'obésité, basée sur les actions de promotion de l'activité physique en s'appuyant sur des modèles socio-écologiques et une stratégie d'interventions multiples avec un panel d'acteurs variés, élèves, communauté scolaire (dont les parents), collectivités territoriales, associations, animateurs etc... Avec comme maîtres mots « cohérence et collaboration respectueuse ».

Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, une intervention en milieu scolaire facilite un accès à tous les jeunes.

DOSSIER

LA SÉDENTARITÉ DES JEUNES : ÉVOLUTION, CONSÉQUENCES, QUELLES SOLUTIONS ?

En effet, les écoles et les établissements scolaires, outre l'éducation physique et sportive prévue dans les programmes scolaires, fournissent de nombreuses opportunités d'activité physique (permanences, intercourts, récréations, séances proposées par l'association sportive scolaire, trajet domicile/école).

Le projet correspond à un programme d'actions articulées entre elles. Si elles se déroulent en milieu scolaire, les actions sont complémentaires et se font en plus des cours d'Éducation Physique et Sportive (EPS).

Les propositions sont adaptées au contexte et de nouvelles activités peuvent être proposées pendant la pause de midi, les heures de permanence et les temps périscolaires, en prenant en compte les obstacles à la pratique (manque de temps, horaires inappropriés, éloignement et inaccessibilité des installations sportives, coût, sentiment d'incapacité physique...).

Les activités, scolaires ou extra-scolaires peuvent ainsi être organisées sans référence à la notion de compétition. Le plaisir de participer et le jeu sont valorisés afin de favoriser la pratique des jeunes quelles que soient leurs capacités.

Des actions événementielles, accompagnées et encadrées, peuvent être organisées périodiquement : journées multi-activités, journées sportives avec les parents, marches populaires, rencontres avec les sportifs de haut niveau, journées « Tous à vélo à l'école ! », etc. Ces journées peuvent être l'occasion de promouvoir à la fois un mode de vie actif et de nouvelles activités physiques auprès des élèves et de leurs parents.

Le projet s'inscrit dans une approche universelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse de façon globale aux enfants d'un établissement, d'un centre social ou d'un territoire, et ne cible à priori pas spécifiquement de sous-groupes comme les enfants en surpoids.

L'évaluation du projet prévoit des critères, des indicateurs et des modalités de recueil de données permettant de s'assurer que des actions ont été effectivement réalisées pour les trois axes du modèle socioécologique et que les enfants ont pratiqué une heure supplémentaire d'activité physique par semaine.

Selon les résultats de l'étude sur le programme ICAPS mené auprès de collégiens dans l'Est de la France, une augmentation de leur activité physique (AP) a été notée à court et long terme :

—> 65% des collégiens des collèges « actions » (ClgA) dans lesquels ont eu lieu programme ont une activité physique régulière contre 45% dans des collèges « témoins » (ClgT). +1 h d'activité physique /semaine et -16 minutes d'écrans dans les ClgA/T

On observe aussi -50% d'élève en risque de surpoids dans les ClgA avec 9,9% élèves en surpoids dans les ClgT contre 4,2% dans les ClgA (+6% de HDL cholestérol).

Ces changements de comportement s'inscrivent dans la durée puisque, 2 années après le déroulement du programme, on note pour les élèves qui en ont bénéficié +30 min d'AP et -30 min d'écran, ce qui n'est pas négligeable d'autant que les modifications de comportement sont plus marquées dans les milieux les moins favorisés.

Ce programme a également d'autres effets bénéfiques qui influenceront de façon non négligeable l'état de santé à long terme de ces jeunes (meilleure estime de soi, meilleurs résultats au brevet, augmentation du niveau d'activité physique de l'entourage, diminution du stress, diminution de la fatigue).

Des facteurs de réussite ont été identifiés. La globalité de la démarche doit être construite et pensée sur un temps long, avec des modalités d'action variées, en cohérence et complémentarité. Il doit y avoir une dimension partenariale et des concertations intersectorielles, le volontariat et l'implication respectueuse des acteurs, des responsabilités et des attributions de chacun des partenaires.

Une démarche à privilégier est communautaire avec 3 niveaux d'interventions (individu, entourage et milieu de vie) avec une approche éducative sociale et environnementale.

Les acteurs du projet notent aussi toute l'importance de combiner des interventions au niveau national (réglementation, campagne médiatique) avec l'échelon local pour aboutir à des interactions dynamiques.

Il faut aussi prendre en compte, ces dernières années, la mise en place d'une dynamique intéressante (que nous espérons porteuse) autour de l'activité physique qu'est la Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) 2019-2024,

dont l'objectif 1 est de Contribuer au développement de la pratique d'activité physique et sportive (aps). La stratégie nationale de santé a fixé comme axe majeur la mise en place d'une politique globale de prévention et de promotion de la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Cette politique globale, dans laquelle la lutte contre l'obésité constitue une priorité, fait l'objet d'une articulation avec d'autres initiatives au niveau interministériel.

Dans ce cadre, le ministère des Sports en lien avec les départements ministériels concernés, coordonne plusieurs projets d'actions en vue du développement de l'activité physique et sportive notamment en direction des jeunes et de certains publics prioritaires ou éloignés de la pratique.

Action: Communiquer en direction des publics sur les bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique et sportive sur la condition physique et la santé

La sensibilisation du grand public à ce sujet représente un des enjeux de la Stratégie Nationale Sport Santé. La communication sur le sujet des bienfaits de l'APS sur la santé nécessite une meilleure visibilité. Celle-ci peut aussi s'appuyer sur les grands événements sportifs à venir et de manière croissante jusqu'aux Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024.

Il s'agit de développer des campagnes de communication spécifiques et adaptées aux différents publics sur l'ensemble du territoire. L'objectif est de promouvoir l'APS comme facteur de santé et ainsi réduire les problématiques de santé liées à l'inactivité physique et à la sédentarité. La mobilisation du mouvement sportif aux actions interministérielles de santé publique est très importante dans ce cadre.

Pour y parvenir, plusieurs mesures sont proposées, comme relayer et participer aux opérations portées par Santé Publique France (SPF) ou aux différentes campagnes de pré-



DOSSIER

LA SÉDENTARITÉ DES JEUNES : ÉVOLUTION, CONSÉQUENCES, QUELLES SOLUTIONS ?

vention menées par les institutions sanitaires (ex : tabac, alcool, drogues, nutrition...); développer des campagnes de communication adaptées aux différents publics visés en utilisant les techniques du marketing social afin d'obtenir des changements de comportements pérennes; développer une campagne sur le thème « Le Mois de l'activité physique et sportive » permettant aux personnes d'initier et d'être accompagnées dans la reprise d'une activité physique.

Pour tenir compte du développement des nouveaux outils de communication que les jeunes utilisent beaucoup, il est proposé d'adapter les messages en termes de contenus et vecteurs de communication au contexte socioculturel propre à chaque territoire; d'utiliser les réseaux sociaux en mobilisant notamment les youtubers (influenceurs).

Parallèlement, il est souhaitable de poursuivre la mise en place d'événements grand public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé; sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés aux bénéfices de l'APS sur la santé et obtenir la gratuité de la diffusion des campagnes de communication dans les médias publics.

Action : Promouvoir l'APS auprès des publics scolaires et des étudiants (Action phare)

La continuité éducative de l'école à l'enseignement supérieur constitue un enjeu majeur. Les synergies entre les encadrants de la communauté éducative (école, collectivité territoriale, associations et famille) sont déterminantes.

Il s'agit notamment d'assurer la promotion d'une pratique d'activité physique et sportive régulière. Une approche intégrée dans le milieu de vie des jeunes (école, loisirs, famille, espace public) est à privilégier, en donnant la priorité aux publics les plus éloignés de la pratique et aux territoires fragilisés (zones peu denses et quartiers prioritaires de la politique de la ville).

Dans ce contexte, il convient de porter une attention toute particulière aux élèves en décrochage scolaire et aux jeunes considérés comme « NEET » (« not in education, employment or training ») ainsi qu'aux jeunes en situation de surpoids.

Dans le cadre du déploiement du service sanitaire, la promotion de l'APS pourra s'appuyer sur l'intervention des étudiants concernés.

Dans le cadre du Plan national de santé publique « Priorité Prévention », la promotion de l'activité physique pour prévenir l'obésité des enfants de 3 à 8 ans est d'ores et déjà prévue (favoriser les jeux actifs, activités de loisirs en famille, etc.).

Il s'agit de mobiliser les acteurs pour promouvoir l'adoption de comportements en faveur de la santé par le sport (étudiants du service sanitaire, corps enseignants, collectivités territoriales, mouvement sportif...) et d'encourager les partenariats institutionnels en réinvestissant des outils éprouvés tels que les conventions pluripartites.

Pour y parvenir, plusieurs mesures sont proposées, comme inscrire la promotion de l'APS dans le cadre du développement des

écoles promotrices de santé et du Parcours Éducatif de Santé (PES) de l'élève (de la maternelle au lycée) notamment en s'appuyant sur le réseau des jeunes ambassadeurs de santé et sur le label « Génération 2024 » ou encore les « mercredi du sport »; soutenir le développement des programmes d'activité physique et sportive pendant et en dehors des temps scolaires-

L'Enseignement supérieur devrait être associé pour promouvoir la pratique d'activité sportive de l'école à l'enseignement supérieur en lien avec la DGESCO, la DGER, la DGESIP, notamment dans la mise en œuvre du label « Génération 2024 ».

Cela passe aussi par la promotion de la pratique d'activité physique et sportive auprès des jeunes suivis par la protection judiciaire de la jeunesse afin de les accompagner dans leur projet de retour vers l'insertion.

On peut se servir utilement de la dynamique JOP et grands événements sportifs pour sensibiliser les 3-26 ans à la pratique sportive sur la base des programmes USEP, UNSS, UGSEL, FFSU; et renforcer les synergies de promotion des APS comme facteur de santé et bien-être entre les fédérations scolaires et universitaires, les fédérations sportives, dans les plans d'actions des conventions pluripartites.

On note la nécessité de clarifier le mode de financement des projets des acteurs du MEN qui sont parfois obligés de faire porter leur projet par des structures associatives extérieures pour obtenir un financement des ARS.

EN CONCLUSION :

À l'instar du projet type ICAPS, améliorer significativement la pratique de l'activité physique des jeunes est possible. Les facteurs de réussite ont été identifiés : démarche globale construite et pensée sur un temps long, avec des modalités d'action variées, en cohérence et complémentarité. Il doit y avoir une dimension partenariale et des concertations intersectorielles, le volontariat et l'implication respectueuse des acteurs, des responsabilités et des attributions de chacun des partenaires.

La démarche à privilégier est communautaire avec 3 niveaux d'interventions (individu, entourage et milieu de vie) avec une approche éducative sociale et environnementale.

Les acteurs du projet ICAPS notent aussi toute l'importance de combiner des interventions au niveau national (réglementation, campagne médiatique) avec l'échelon local pour aboutir à des interactions dynamiques.

Pour le SNICS-FSU, la généralisation de ce type de projet passe par l'application des textes de 2015 au sein du ministère de l'Éducation nationale dont les maîtres d'œuvre sont les cellules en charge de la santé à tous les niveaux de notre institution. Une dynamique partenariale y est renforcée, avec un décloisonnement non concurrentiel.

Il est important de noter que le MEN, grâce à l'impulsion du SNICS-FSU, vient d'inscrire à son plan national de formation des cadres de l'Éducation nationale (PNF 2021-2022) une formation permettant de développer et de renforcer l'action des cellules académiques en charge de la politique éducative sociale et de santé.

La mise en œuvre d'une politique éducative de santé ambitieuse et efficace doit passer par la création massive de postes infirmiers pour impulser, concevoir, accompagner, coordonner et développer ce type de projets en tant que conseiller.e et référent.e de santé de la communauté scolaire. Cela permettrait également d'améliorer la dimension partenariale en rendant possible la représentation et la participation active des infirmier.es de l'Éducation nationale aux instances locales et régionales de santé (ARS, CRTS, CLS etc.)

L'augmentation des emplois infirmiers permettra également de renforcer l'accès à la consultation et au suivi infirmier, d'influer individuellement et efficacement sur l'activité physique.

Enfin, la formation de l'ensemble des acteurs sur cette thématique doit être renforcée.